Nr 26. Kraków, 29. czerwca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

edakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Rok LVII. Kraków, 29. czerwca 1918. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kilka słów o uproszczonych metodach orbitoplastyki i fornikoplastyki.

Podał

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rany postrzałowe oka, pochodzące czy to od kul karabinowych, czy to od odłamków pocisków armatnich, wiodą w większości przypadków nietylko do zupełnego zniszczenia gałki ocznej przez rozdarcie i poszarpanie jej powłok i następowe zakażenie i zropienie szczątków, ale równocześnie druzgocą kostne ściany i rozdzierają miękkie części oczodołu, rozrywając zarazem i kalecząc powieki. Nawet i bez tych bezpośrednich uszkodzeń samego oczodołu, już zranienia skóry i głębszych części policzka, skroni, nosa, czoła, sprowadzają przez działanie kurczących się blizn bardzo nieraz znaczne zniekształcenia w zakresie powiek, a nieraz i zmiany w anatomicznych stosunkach jamy oczodołowej.

Wiadomo, że po prawidłowem wyłuszczeniu gałki ocznej w przypadkach, gdzie zranienie lub innego rodzaju uszkodzenie odnosiło się do samego tylko oka, a nie dotyczyło części otaczających, założenie protezy w postaci szklanego oka sztucznego, dobranego, względnie dorobionego wedle wzoru, jaki przedstawia oko drugie, ocalone, nietylko nie sprawia większych trudności, ale zazwyczaj daje wcale korzystny wynik kosmetyczny. W wielu razach proteza sprawia silne złudzenie oka żywego, zwłaszcza, jeżeli dzięki odpowiedniemu podkładowi posiada jaką taką ruchomość.

Bez porównania trudniej przedstawia się sprawa, gdy chodzi o zastąpienie protezą oka, rozszarpanego kulą, która równocześnie porobiła znaczne spustoszenia w oczodole i częściach przylegających. Szczątki takiego oka, zropiałe czy też już przygojone, muszą być operacyjnie usunięte, ale mimo tego włożenie dobrej protezy nastręcza nieraz niezmierne trudności. Jama, jaka w ten sposób powstaje, może być dla oka sztucznego albo za obszerna, albo też za ciasna, i to niekoniecznie jednako we wszystkich kierunkach. Zdarza się n. p., że proteza pod górną powieką wpada zbyt głęboko, a z poza dolnej wysuwa się z powodu zbyt płytkiego załamka. Czasem istnieją nieprawidłowe komunikacye, duże otwory łączące oczodół z jamami sąsiedniemi, n. p. z jamą nosa. Rozmaitość zmian i zniekształceń jamy oczodołowej, wywołanych przez rany postrzałowe, jest tak wielka, że prawie trudno znaleść dwa zupełnie jednakie przypadki, niełatwo również ustalić typy i potworzyć określone kategorye tych zboczeń, a tem trudniej podać jakiekolwiek ogólnie dające się zastosować zabiegi operacyjne w celu ich usunięcia. Tu prawie zawsze operator musi improwizować, a przynajmniej dla każdego przypadku obmyśleć osobny plan operacyjny.

Stosunkowo często jednak, a zwłaszcza po zranieniach zanieczyszczonych z następowem rozległem zakażeniem ropnem, kurczące się blizny doprowadzają do zupełnego zarośnięcia oczodołu (obliteratio orbitae). Wtedy powieki, mniej lub więcej utrzymane, co również zależy od przypadku, stykają się brzegami i przykrywają sobą zbitą tkankę bliznowatą, tak, że wogóle nie istnieje żadna wolna przestrzeń. Wytworzenie operacyjne nowej jamy oczodołowej, dogodnej dla włożenia protezy ocznej, chociaż na pozór wydawać się może zabiegiem prostym, należy jednak do najtrudniejszych, a zarazem do najniewdzięczniejszych zadań chirurgii okulistycznej. To też niejeden przypadek zarośnięcia oczodołu stanowi — bez przesady — prawdziwy »crux chirurgorum«, a to tem bardziej, że chorym z reguły bardzo zależy na możności noszenia oka sztucznego i czują się nieszczęśliwi, gdy ich w tym względzie raz poraz zawód spotyka. Wiadomo, że po wszelakich głębokich nacięciach, po wycięciu blizn i po wytworzeniu tym sposobem dużej nawet jamy oczodołowej gwałtowne bujanie tkanki ziarninowej z jednej strony, a z drugiej kurczenie się nowotworzących się blizn wypełnia, zacieśnia tę jamę i doprowadza ją wreszcie do ponownego, całkowitego zarośnięcia. Tej skłonności do powtórnego zarastania przeciwdziałamy, wyścielając świeżo wytworzoną jamę, po zatamowaniu krwawienia, już to błoną śluzową zwierzęcą albo ludzką, z tego samego lub z innego chorego, o ile takim materyałem rozporządzamy, już to skórą w postaci płatów uszypułowanych, wziętych z sąsiedztwa, albo przeprzeszczepionych bez szypuły, albo wreszcie płatkami Thierscha.

Nie mam zamiaru przytaczać ani opisywać przeróżnych metod operacyjnych, jakich się używa celem uskutecznienia takiej plastyki oczodołowej. To tylko chcę podnieść, że wogóle takie przeszczepianie i wszywanie błony śluzowej, branej z worka spojówkowego, z ust, z pochwy, jak również wyścielanie skórą wnętrza oczodołu, jest zawsze zabiegiem bardzo mozolnym, a w dodatku wyściółka taka nie w każdym przypadku zapobiega ponownemu zarośnięciu oczodołu. Tkanka bliznowata, kurcząca się, z nieprzepartą siłą wypycha stopniowo oko sztuczne, które zazwyczaj wkłada się odrazu do takiej nowoutworzonej jamy, dla jej lepszego zabezpieczenia. Protezę trzeba zmieniać, wkładać coraz to mniejsze muszelki, wreszcie i tę najmniejszą znajdujemy pewnego dnia pod opatrunkiem, wysuniętą zupełnie z zaciśniętej szpary powiekowej.

Operacyę wykonywamy zwykle w ten sposób, że, o ile powieki zupełnie lub częściowo są ze sobą zrosłe, rozcinamy je w linii, odpowiadającej szparze powiekowej i wycinamy o ile możności jak najwięcej tkanki wypełniającej oczodół. Tkanka ta bywa zazwyczaj zbita i twarda, przyczem jednak obficie unaczyniona, dlatego prawie zawsze powstaje silne krwawienie miąższowe. Wycinamy tej tkanki tyle, ażeby powstała jama znacznie większa, co najmniej dwa razy większa, niż potrzeba dla pomieszczenia prawidłowej protezy, liczymy się bowiem z góry z nieuniknionem w najbliższych dniach lub tygodniach po operacyi zaciśnięciem tej przestrzeni. Wytworzoną w ten sposób jamę należy zasadniczo wyścielić, czyto skórą, czy też błoną śluzową. Ponieważ niema tu oka z wrażliwą rogówką, dlatego nie potrzebujemy się obawiać drobnych włosków, meszku na skórze, używanej do przeszczepienia i dlatego w tych przypadkach skóra nadaje się wogóle bardzo dobrze jako materyał plastyczny. O błonę śluzową, czyto zwierzęcą, czy ludzką, w tak wielkich kawałkach, jakich potrzeba do wysłania oczodołu, jest trudniej, niż o skórę, a przytem odnosi się wrażenie, że błona śluzowa, n. p. spojówka królicza, nie tak dobrze się przyjmuje, jak n. p. skórne płatki Thierscha i że stanowi wątlejszą zaporę dla bujania ziarniny. Układanie, a tem bardziej przyszywanie płatów skórnych do wewnętrznych ścian wytworzonej operacyjnie jamy, nawet po możliwie gruntownem stłumieniu krwawienia, jest trudne i mozolne. Dlatego z wdzięcznością przyjęliśmy pomysł Verhoeffa, który stara się zapomocą brzytwy lub noża Thierscha ściąć z ramienia lub z uda jeden, jednolity, możliwie duży płat

skórny, — jak zawsze, zdejmując przytem tylko powierzchowne warstwy skóry, — tak duży, aby można nim pokryć, a raczej weń owinąć dość wielką kulkę szklaną, albo protezę oczną, i to tak, żeby naskórek leżał na szkle, a tkanka podskórna była zwrócona na zewnątrz*). Tak owiniętą protezę wciska się w nowowytworzoną jamę oczodołową, przez co płat skórny zostaje we wszystkich kierunkach przyciśnięty do okrwawionych ścian rannej powierzchni jamy. Części płata, sterczące przed protezą z pomiędzy powiek, najlepiej odrazu poobcinać, bo inaczej ulegną obumarciu, a mogłyby uledz i zakażeniu. Na to zakłada się aseptyczny opatrunek uciskowy. Po 6 lub 7 dniach, przy zmianie opatrunku stwierdzamy zazwyczaj, że płat jest przyjęty i wszędzie dobrze przylega. Do tego zabiegu lepiej od zwyczajnej, definitywnej protezy nadaje się proteza tymczasowa, dostarczana przez wiesbadeńską fabrykę sztucznych oczu. Zewnętrzny kształt jej odpowiada w zupełności kształtowi definitywnej protezy dętej, tylko, że w środku, w miejscu odpowiadającem rogówce, ma ona okrągły, szeroki otwór. Otwór ten umożliwia odpływ wydzieliny, co zapobiega ewentualnemu zmacerowaniu wszczepionego płata.

W pierwszych czasach obecnej wojny, mając wiele przypadków zarośnięcia oczodołu do operowania, próbowałem sobie ułatwić i uprościć pracę w ten sposób, że do jamy, wyciętej w tkance wypełniającej oczodół, a więc do świeżej rany, wkładałem odrazu, bez wyścielania jej czemkolwiek, bądźto definitywną protezę reformowaną (dętą), bądź też dopiero co opisaną, przedziurawioną protezę tymczasową. Zaznaczyć muszę, że wówczas nie był mi jeszcze znany praktyczny sposób owijania protezy w płat skórny. W kilku przypadkach wynik był — muszę wyznać — ku memu własnemu zdziwieniu, nadspodziewanie pomyślny. Niektóre oczodoły okazały dziwną tolerancyę wobec ciała obcego, jakiem była włożona w ranę proteza. Nie przyszło ani do zbytniego bujania ziarniny, ani do kurczenia i ściągania się blizn. Nowa jama pozostała dostatecznie obszerną i chorzy po kilkutygodniowej, a nawet po kilkumiesięcznej obserwacyi opuszczali klinikę zadowoleni z oka sztucznego, dobrze w oczodole osadzonego.

W czerwcu 1916 r. na wojennym zjeździe okulistów w Peszcie podałem do wiadomości te początkowe, nadspodziewanie pomyślne wyniki. Zastrzegłem się jednak wyraźnie, że mogą to być tylko przypadki wyjątkowe i że z góry nie można chyba nigdy na pewne liczyć na taką tolerancyę okrwawionej tkanki, z reguły skłonnej w wysokim stopniu do wytwarzania silnej ziarniny i do następowego, bliznowatego ściągnięcia się. Rzeczywiście późniejsze doświadczenie przekonało mnie, że tylko czasem ten bezsprzecznie najprostszy sposób operowania wiedzie do celu. W przeważnej jednak większości przypadków wprowadzoną w ten sposób do świeżej rany protezę wypiera bujająca tkanka ziarninowa nieprzepartą siłą z oczodołu. Reszty dokonują świeże, następowo kurczące się blizny. Powtarzam jednak, że dzieje się to zresztą czasem i w tych przypadkach, w których całe wnętrze jamy zostało starannie skórą, czy też błoną śluzową wysłane.

Tu muszę jeszcze nadmienić, że moje tymczasowe doniesienie, udzielone członkom peszteńskiego zjazdu, nie pozostało bez echa. Prof. Carsten z Berlina podaje w Archiwie Knappa (T. 82. r. 1917, Z. 3. i 4., str. 198), że zachęcony tem doniesieniem używa od lata 1916 roku tej uproszczonej metody operowania w przypadkach zrostów oczodołowych i, jak z jego krótkiej notatki zdaje się wynikać, stosuje ją nawet z większem może od mego powodzeniem. On też wykazuje Illigowi (z Monachium), że pomysł jego wkładania bezpośrednio po przecięciu zrostów (w razie zrostu powiek [symblepharon] przy zachowanej gałce ocznej!) odpowiedniej muszelki z przeźroczystego szkła, z dużym otworem na rogówkę w środku (Arch. f. Augenheilkunde, T. 82. r. 1917, str. 94), zasadniczo nie jest pomysłem nowym, bo już poprzednio był wypowiedziany przezemnie w Peszcie, a wkrótce potem w nieco zmienionej formie przez Hankego w Heidelbergu. Wywiązała się stąd żywa polemika, w której Illig broni z temperamentem swego prawa pierwszeństwa, wykazując, że wprawdzie ogłosił swój sposób w rok później odemnie, ale pierwsze próby na chorych wykonał o cały rok wcześniej. Mojem zdaniem jest rzeczą zupełnie obojętną, kto pierwszy myśl powziął lub kto ją pierwszy wykonał, a jedynie mogłoby chodzić o to, czy myśl jest dobra i czy wiedzie do osiągnięcia celu. Otóż doświadczenie poucza, że, jeżeli nie zawsze, to przynajmniej w pewnej części przypadków wprowadzenie między okrwawione ściany jamy oczodołowej ciała obcego, jakiem jest tym razem proteza oczna, może przeszkodzić nadmiernemu bujaniu ziarniny, poczem proteza ta przeciwdziała kurczeniu się tkanki i rozciąga blizny już w czasie, kiedy się dopiero poczynają wytwarzać. Wynika z tego tyle tylko, że w technice operacyjnej nieraz opłacić się może śmiała próba wykonania nawet takiego pomysłu, który na pierwszy rzut oka wydaje się jaskrawem pogwałceniem utartych zasad i prawideł chirurgii ogólnej.

Najlepszym jednak dowodem, jak trudnem i niewdzięcznem zadaniem jest naprawianie, względnie odtwarzanie drogą operacyjną już nie wprost zarosłych, ale wogóle pogruchotanych i wykoszlawionych przez rany postrzałowe oczodołów, jest fakt, że w wielu klinikach uniwersyteckich najwytrawniejsi nawet operatorowie po bezowocnych próbach operacyi plastycznych dają wreszcie za wygraną, obcinają poprostu brzegi powiek z rzęsami i zaszywają szczelnie szparę powiekową, wyłuszczywszy poprzednio resztki worka spojówkowego, o ile one istniały. W ten sposób pokrywają skórą powiek zbitą tkankę bliznowatą, która wypełnia oczodół. Dawna szpara powiekowa zaznacza się jako linijna pozioma blizna. Po takiem przygotowaniu ozdabiają chorego protezą, która oprócz gałki ocznej naśladuje zarazem powieki, rzęsy i otaczającą skórę (Lauber, Henning, Levinsohn, Valois i inni). O ile zwykła proteza oczna, sporządzona ze szkła lub emalii, a przedstawiająca sam tylko przedni odcinek oka z rogówką, tęczówką i źrenicą, zaspakaja często wybredne nawet wymagania, o tyle imitacya powiek i rzęs, tak zwana »ektoproteza«, sporządzana z różnych materyałów: ze szkła, z porcelany, z masy papierowej, z kauczuku, z metalu pomalowanego na kolor cielisty, a nawet z drzewa, pozostawia, według mego zdania, pod względem kosmetycznym bardzo wiele do życzenia. Na reprodukcyach, zdobiących artykuły w archiwach okulistycznych, albo na fotografiach, rzucanych za pomocą projekcyi na ekran, protezy te sprawiają dosyć korzystne wrażenie, ale oglądane »in natura« — mimo okularów, zakładanych dla zamaskowania zdradliwych szczegółów — wyglądają fatalnie, głównie z powodu trupiej nieruchomości samej gałki*). Ale i całość zbyt żywo przypomina figury woskowe. Takie wrażenie sprawiały, na mnie przynajmniej, protezy tego rodzaju u wszystkich chorych, których miałem sposobność badać osobiście. Oczywiście lepsza jest taka proteza, niż żadna, lub niż poszarpany, pustką ziejący oczodół, który chory musi ukrywać pod opaską. Ale z drugiej strony ten czarny bandażyk mniej przykre niekiedy sprawia wrażenie, niż martwa kauczukowa maska, choćby najdokładniej wykonana.

Wobec tych notorycznych trudności, jakie nastręcza przystosowanie jamy oczodołowej do tego, ażeby można było w niej umieścić zwyczajną, gotową protezę, wybraną z kollekcyi, wydaje mi się rzeczą niewłaściwą narażać chorego na cały nieraz szereg operacyi plastycznych tylko dlatego, że oczodół jego przedstawia dla zwyczajnej, gotowej protezy za dużą lub za małą przestrzeń, albo dlatego, że jakiś uporczywy, po każdej operacyi na nowo odrastający zrost przeszkadza z tej lub owej strony należytemu osadzeniu sztucznego oka. Toć jest rzeczą oczywistą, że korzystniej i łatwiej jest chyba, zamiast obrabiać w sposób krwawy tkankę żywą, zawsze na nowo odrastającą i kurczącą się, postarać się raczej z martwego materyału wymodelować dla każdego przypadku osobną, do danych warunków anatomicznych oczodołu i powiek dokładnie dostosowaną protezę. Zapewne, że niezawsze jest to możliwe, ale w wielu razach, gdzie się to uda, oszczędzimy choremu zupełnie zbytecznych, a nieraz bezowocnych zabiegów krwawych, w dodatku

---

*) Verhoeff owija kulkę szklaną najpierw w jakowąś »Cargile Membran«, która przykleja się do szkła, ale nie przyczepia się wcale do warstwy naskórkowej. Ponieważ jednak materyału tego nie mogłem dostać, kładę więc płat skórny wprost na szklaną protezę i pokazuje się, że to zupełnie wystarcza do osiągnięcia celu.

*) Valois zastosował wprawdzie u pewnego zranionego żołnierza ektoprotezę, naśladującą powieki i rzęsy i połączoną z protezą oczną, poruszającą się swobodnie razem z kikutem pozostałym po gałce, — pomijając jednak dość zawiły mechanizm całego tego urządzenia, to główną trudność stanowi warunek, aby oko sztuczne można było osadzić na jakimś ruchomym podkładzie, na jakiejś pozostałości po gałce ocznej, na którą mogłyby działać jako tako przynajmniej utrzymane mięśnie oczne zewnętrzne. W przypadkach, o jakie nam tu chodzi, najczęściej niema mowy o spełnieniu tego warunku, ponieważ po gałce ocznej niema zwykle ani śladu.

częstokroć wymagających ogólnego uśpienia. Mam w tej chwili na myśli oczywiście tylko takie przypadki, gdzie powieki i części otaczające oko są przynajmniej jako tako utrzymane, gdzie zatem może być zastosowana proteza ze szkła lub z emalii, zastępująca samą tylko gałkę oczną. W Krakowie jesteśmy obecnie, w czasie wojny, gdy chodzi o protezę oczną, o tyle w trudnem położeniu, że musimy wybierać oczy sztuczne z gotowych zbiorów, już przerzedzonych i coraz bardziej się przerzedzających. Otóż nawet wobec prawidłowego oczodołu jest rzeczą tylko szczęśliwego przypadku, jeśli w ograniczonej kolekcyi znajdziemy dla danego chorego protezę, odpowiadającą w zupełności warunkom kosmetyki. Tem bardziej jesteśmy skazani na przypadek, jeżeli jama oczodołowa jest nieregularna, tu za głęboka, tam za płytka lub poprzewężana bliznami i zrostami. Wiadomo, że wielkie fabryki oczu sztucznych rozsyłają corocznie po znaczniejszych miastach swych pracowników, którzy zgłaszającym się chorym w sposób artystyczny dorabiają protezy ściśle według wzoru, jaki daje drugie, żywe oko. Rzecz jasna, że sporządzając protezę umyślnie dla danego przypadku, można uwzględnić i pokonać różne miejscowe trudności, wyzyskać dla osadzenia oka szklanego każdy zaułek, każde zagłębienie, porobić odpowiednie wręby lub wcięcia na zrosty i bliznowate mostki, jednem słowem wykonać jakby odlew istniejącej do rozporządzenia jamy. Jeśli n. p. załamek górny jest nadmiernie głęboki, a dolny nadmiernie płytki i wskutek tego proteza rogówką i źrenicą zwraca się do góry i kryje się pod górną powieką, to nic łatwiejszego, jak sporządzić oko takie, żeby poniżej rogówki miało tylko wąski pasek twardówki, byleby tylko proteza nie wysuwała się z poza dolnej powieki, natomiast zrobić tej białej twardówki górą tyle, aby nią dokładnie wypełnić zbyt głęboką jamę górnego załamka. Jest przecież rzeczą zupełnie obojętną, ile tam tej białej obwódki kryje się za górną powieką, a chodzi tylko o to, żeby rogówka i źrenica były należycie w szparze powiekowej umieszczone.

Niestety fabrykanci oczu sztucznych od czasu wojny nie zajeżdżają do Krakowa. Próby przerabiania protez gotowych, wybranych z kolekcyi, celem dostosowania ich do istniejących w oczodole nieprawidłowych stosunków topograficznych, najczęściej nie udają się. Co najwyżej protezy muszelkowe (niereformowe) dają się niekiedy pomniejszyć, t. j. odpowiednio przykroić, w razie przeszkód, n. p. ograniczonych zwężeń lub mostkowatych zrostów w oczodole. Ale i przytem ryzykujemy zawsze pęknięcie delikatnej emalii. Protezy dęte nie nadają się wcale do takiej przeróbki.

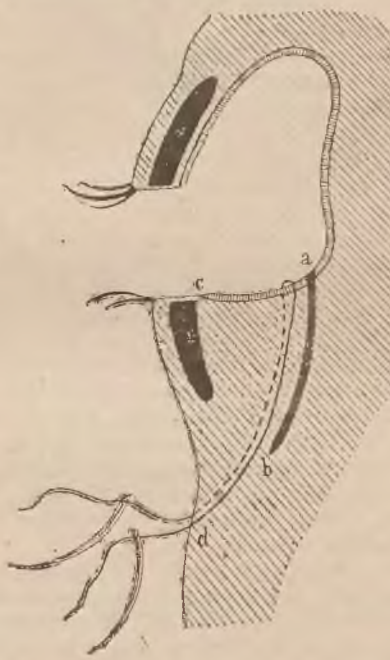
Pozostawałby zatem jeszcze jeden sposób, o ile się nie chce lub nie może wysyłać chorych po protezę do zagranicznych fabryk. Możnaby mianowicie sporządzać dokładne odlewy lub odciski oczodołów wraz z powiekami, używać do tego gipsu, albo, jak radzi Sachse, za przykładem dentystów masy »Stents« i z tych odcisków ujemnych robić następnie odlewy dodatnie i tak wykonane modele posyłać fabrykantom celem dorobienia dokładnie przylegającej protezy. Jest to oczywiście droga uciążliwa i wyjątkowo chyba tylko możnaby ją wybrać jako jedyne wyjście z położenia. Przytem nie należy zapominać, że dobre osadzenie protezy zależy nietylko od kształtu części otaczających, do których ma ona przylegać, ale także nieraz od zbitości, od sprężystości, od podatności tych części, a takich znamion żaden, najwierniejszy nawet odlew nie może uwydatnić. To też posyłanie modeli do fabryk przedstawia także pewne ryzyko.

Z tych to wyżej wymienionych względów stoimy wielokrotnie wobec konieczności operacyjnego usuwania i takich przeszkód w oczodole, które dałyby się — nie usunąć — ale obejść bezkrwawą drogą, gdybyśmy tylko rozporządzali wszystkimi środkami techniki. Poza tem bardzo często spotykamy oczodoły, w których żadna, nawet najlepiej wykonana proteza nie może się utrzymać mimo, że obie powieki są należycie utrzymane. Powodem bywa najczęściej zbytnia płytkość załamka spojówki, zwłaszcza załamka dolnego.

Każda proteza, duża czy mała, muszelkowata czy dęta, wobec braku wszelkiej zapory ze strony dolnej powieki wysuwa się, wyślizguje z takiego oczodołu i wypada. Tutaj niema już innego wyjścia, jak tylko operacyjne pogłębienie załamka. Sposób, analogiczny do tego, jakim wytwarza się nową jamę w razie zarośnięcia całego oczodołu, polegałby i tutaj, gdzie chodzi tylko o usunięcie braku załamka spojówki, na szerokiem rozcięciu spojówki w linii, odpowiadającej załamkowi i na wycięciu zapomocą noża lub nożyczek odpowiedniej ilości tkanki, czyli inaczej mówiąc, na wygrzebaniu dostatecznie głębokiego rowu wzdłuż całej szpary powiekowej, od nosowego do skroniowego kącika. Krwawą jamę, wytworzoną w ten sposób poza dolną, względnie poza górną powieką, należałoby starannie wyścielić czy to płatkami Thierscha, czy też spojówką ludzką albo zwierzęcą. W tym przypadku można się również posłużyć protezą tymczasową, jako przedmiotem, przyciskającym płat przeszczepionej skóry lub błony śluzowej do okrwawionej powierzchni jamy. Wystarczy zatem dolną, względnie górną krawędź protezy okryć dostatecznie dużym płatem Thierscha, tak, aby naskórkiem przylegał do emalii, a tkanką podskórną zwrócony był na zewnątrz. Protezę taką należy włożyć zręcznie do jamy oczodołowej w ten sposób, żeby krawędzią swoją przytłoczyła ów płat Thierscha do ścian i do dna nowowyżłobionej jamy załamka. Jest to niewątpliwie sposób dobry, chociaż i tutaj, podobnie, jak w przypadkach orbitoplastyki, trzeba się liczyć z możliwością, że mimo dokładnego wyścielenia nastąpi niekiedy ponowne zarośnięcie wytworzonego w ten sposób załamka.

Operując wiele podobnych przypadków, doszedłem do przekonania, że podobnie, jak się to stało z orbitoplastyką, można także taką fornikoplastykę znacznie uprościć, a równocześnie uczynić ją skuteczniejszą. Przedewszystkiem chodzi o to, aby obejść się bez wszelkiego przeszczepiania płatów i bez wyścielania rany błoną śluzową czy skórą.

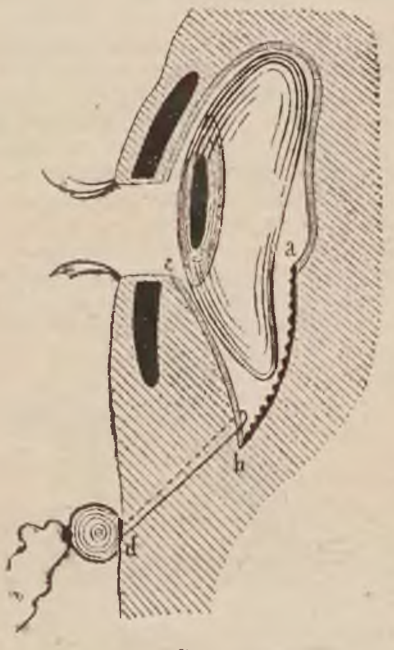
Mając utworzyć albo pogłębić załamek, n. p. dolny, wykonuję operacyę (fornicoplastica inferior), bądźto w znieczuleniu miejscowem, wstrzykując podspojówkowo $^1/_2{}^0/_0$ rozczyn kokainy z dodatkiem $^1/_{10}{}^0/_{00}$ adrenaliny, bądź też — rzadziej — w uśpieniu chloroformowem. Prowadzę przez spojówkę cięcie prostolinijne i równoległe do brzegu dolnej powieki, od kącika do kącika przez całą długość szpary powiekowej. Odległość tej linii cięcia od brzegu powieki ma wynosić 8 do 10 mm. Cięcie to pogłębia się znacznie, rozcinając tkankę podspojówkową i głębszą tkankę bliznowatą i dochodząc aż prawie po dolny kostny brzeg oczodołu. Wycinać tkanki przytem nie potrzeba wcale.



Ryc. 1.

Na rycinie 1, przedstawiającej oczodół pusty w przekroju strzałkowym, z zupełnym brakiem załamka dolnego, głębokość tego cięcia wyraża się łukiem *a b*. Linię odpowiadającą długości cięcia musimy sobie wyobrazić jako prostopadłą do płaszczyzny rysunku. Następnie przeprowadzam pętlę mocnej nitki jedwabnej, uzbrojonej na obu końcach w długie, łukowate igły. Pierwszą z nich wkłuwa się przez spojówkę tuż w pobliżu przedniego brzegu wytworzonej rany, przeprowadza się ją następnie pod skórą poza tarczką powieki dolnej, podobnie jak przy operacyi Snellena, służącej do usunięcia odwinięcia powieki (ectropion),— i wykłuwa się przez skórę na zewnątrz poniżej dolnego brzegu oczodołowego, powyżej okolicy dołu szczęki (fossa canina). Drugą igłę prowadzi się równoległą drogą w odległości kilku milimetrów od pierwszej. Po wydobyciu zapomocą tych igieł obu końców pętli w punkcie *d* związuje się je na wałeczku z waty, przyciągając dość silnie tak, ażeby brzeg spojówki wciągnąć jak najgłębiej w ranę. Pierwszą taką pętlę zakładam zwykle w środku szpary powiekowej, drugą taką samą przeprowadzam w pobliżu

kącika nosowego, a trzecią po stronie skroniowej. W razie, gdy chodzi tylko o fornikoplastykę częściową, t. j. nie obejmującą całej długości powieki, wystarczyć mogą dwie pętle, albo nawet jedna. Po należytem ściągnięciu nitek i związaniu ich na wałeczkach z waty, brzeg przeciętej spojówki przesuwa się od punktu *a* do punktu *b* tak, że powierzchnia jej, która przed operacyą leżała poziomo, zostaje wciągnięta w głąb rany, przybiera położenie mniej więcej pionowe (*c b*) i wyściela temsamem przednią ścianę głębokiej rany. Równocześnie powieka cała ustawia się też bardziej pionowo albo nawet brzegiem rzęsowym zawija się nieco ku wewnątrz. Tylna ściana rany *a b* pozostaje niepokryta, ale okrwawiona jej powierzchnia, stykając się z pokrytą nabłonkiem powierzchnią spojówki, nie może zróść się z nią. Operacya jest skończona. Załamek, w ten sposób wytworzony, bywa zwykle zrazu aż zanadto głęboki, liczymy się jednak z tem, że tworząca się od dołu blizna, kurcząc się, przecież dno rany cokolwiek podniesie. Rycina 2. pokazuje, jak wy-



Ryc. 2.

godne pomieszczenie dla protezy ocznej uzyskuje się odrazu po takim zabiegu. Protezę można włożyć bezpośrednio po operacyi, albo dopiero przy pierwszej zmianie opatrunku, która wskazana jest zwykle już trzeciego lub czwartego dnia ze względu na możliwe nagromadzenie się wydzieliny spojówkowej. Natomiast nitki wyjmujemy dopiero po siedmiu lub ośmiu dniach, a to dlatego, aby przez dłuższy czas ściągały spojówkę i trzymały jej brzeg na dnie nowego załamka.

Jak widać z powyższego opisu, zabieg ten różni się tem tylko od szwu Snellena, podanego dla przypadków odwinięcia powieki dolnej (ectropion), że dodane jest głębokie cięcie, którego przy zakładaniu nitek Snellena nie robi się, bo robić nie ma powodu.

»Mutatis mutandis« operuję również w ten sam sposób, gdy chodzi o utworzenie, względnie o pogłębienie brakującego lub zbyt płytkiego załamka górnego (fornicoplastica superior). Igły wykłuwa się wtedy tuż pod łukiem brwiowym i tutaj związuje się założone pętle jedwabiu na wałeczkach z waty.

W niektórych razach, gdzie oba załamki są płytkie, a więc oczodół wogóle za ciasny, zmuszeni jesteśmy wykonać zarazem dolną fornikoplastykę i górną. W ten sposób uzyskujemy wydatne i skuteczne rozszerzenie całej jamy oczodołowej.

Opisany sposób operowania jest tak prosty, że chociaż w dostępnej mi literaturze nie znalazłem nigdzie wzmianki o podobnym zabiegu, to jednak przypuszczam, że niejednemu operatorowi, zniecierpliwionemu trudnościami różnych autoplastycznych i heteroplastycznych operacyi, nasunął się może sam przez się, i że tu i tam bywa już wykonywany. Tych, którzy na ten pomysł dotąd nie wpadli, może ta krótka notatka zachęci do wypróbowania powyższej uproszczonej metody fornikoplastyki.

W żadnym z kilkunastu przypadków, operowanych w ciągu ostatnich dwóch lat w krakowskiej uniwersyteckiej klinice okulistycznej, ta metoda fornikoplastyki, nie wymagająca przeszczepiania płatów skóry ani błony śluzowej, nie zrobiła mi dotąd zawodu. W dwóch, czy w trzech przypadkach trzeba było zabieg powtórzyć, ale ostatecznie we wszystkich można było dać chorym protezę do stałego noszenia, a to jest główny cel operacyi. Wyniki te dowodzą, że zasadniczo, dla zapobieżenia powtórnemu zarośnięciu nowego załamka, wystarcza wysłać jedną tylko jego ścianę spojówką, i to w tym przypadku nie przeszczepioną, lecz tylko przesuniętą, a przeciwległą ścianę pozostawić w stanie okrwawionym.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Dokończenie).

Rozpoznanie niewątpliwego uchyłka pęcherza stwierdziła cystoskopia i ona przedewszystkiem jest powołana w takich przypadkach ułatwiać chirurgowi oryentacyę. Tam gdzie ona z jakiejbądź przyczyny jest niewykonalna, pozostają promienie Röntgena, które w kilku znanych przypadkach oddały znakomite usługi. Ale i cystoskopia niezawsze wszystkie wątpliwości usuwa; i tak w moim przypadku nie zdołałem rozstrzygnąć przed operacyą, gdzie znajduje się ujście prawego moczowodu. Nawet chromocystoskopia nie doprowadziła do pożądanego wyniku i dopiero podczas operacyi okazało się, że ujście to leży na granicy uchyłka i pęcherza, na przejściu. Barwik wydzielał się prawdopodobnie w kierunku uchyłka i dlatego w cystoskopie nie był widoczny.

Spostrzeganie kliniczne przebiegu choroby w moim przypadku, aż do chwili operacyi, rzuca bardzo jaskrawe światło na wartość zachowawczych metod leczenia w przypadkach uchyłka zakażonego. Chory ten pobierał wewnętrznie urotropinę z salolem po 0·50, 3 razy dnia; prócz tego przepłukiwano mu 2 razy dnia uchyłek wyjałowionym rozczynem kwasu borowego, a co 3—5 dni rozczynem lapisu 1⁰/₀₀. Przepłukiwania te robiono bardzo starannie przez 4 miesiące i uchyłek przepłukiwano doszczętnie, gdyż wprowadzanie metalowego cewnika aż do dna pęcherza było bardzo łatwe. Pomimo tego sprawa zapalna nie tylko się nie poprawiła, lecz nawet nastąpiło pogorszenie. Zjawisko to doskonale tłómaczy badanie drobnowidowe ścian uchyłka. Wykazało ono, że zmiany zapalne dotyczą nie tylko nabłonka i błony śluzowej, lecz że rozciągają się one na całą grubość ściany uchyłka, dotyczą także warstwy mięsnej i sięgają aż do obwodu uchyłka. Co więcej, pokazało się przy operacyi, że te zmiany zapalne nie ograniczają się bynajmniej na sam uchyłek, lecz przechodzą na jego otoczenie i wywołują zapalne nacieczenia tkanek narządów, z nim sąsiadujących. Jest rzeczą zrozumiałą, że jeżeli działamy środkami odkażającymi na powierzchnię błony śluzowej, na jej nabłonek, nie możemy uzyskać wyleczenia sprawy zapalnej w głębi ściany uchyłka; należy zaś przyjąć, że przejście sprawy zapalnej na głębsze warstwy ściany uchyłka następuje bardzo wcześnie, gdyż z powodu zalegania moczu w uchyłku istnieją w nim wyjątkowo korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów, przez co nasilenie sprawy zapalnej bywa odrazu bardzo silne; niekorzystne warunki krążenia krwi mogą niewątpliwie także usposabiać ścianę uchyłka do łatwego ulegania sprawom zapalnym, a także i utrudniać rozchodzenie się raz powstałych nacieków zapalnych.

Usiłowania zatem, ażeby na tej drodze uzyskać wyleczenie lub nawet poprawę, są bezcelowe, a jedynie wskazanem i uzasadnionem jest leczenie chirurgiczne. Jak z poprzednio zestawionego piśmiennictwa widać, prawo wyłącznego obywatelstwa wywalczył sobie zabieg doszczętny.

W przypadku moim, w którym przy pomocy cystoskopii uzyskałem najdokładniejszą oryentacyę co do położenia uchyłka, jego stosunku do pęcherza i stanu błony śluzowej, nakreśliłem

z góry plan wykonania zabiegu z cięcia nadłonowego w linii środkowej i operowania zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i plan ten udało mi się najdokładniej do końca przeprowadzić. Przed operacyą nie mogłem tylko oznaczyć stosunku prawego moczowodu do uchyłka i pęcherza. Przy zabiegu okazało się, że moczowód ten uchodził na granicy uchyłka i pęcherza i był w tem miejscu zwężony wskutek zbliznowacenia tej okolicy. Ażeby znieść na przyszłość trudności w odpływie moczu z tej nerki, przeciąłem moczowód, wynicowałem jego wolny koniec i wszczepiłem do pęcherza. Ostatnia cystoskopia stwierdziła doskonałe wgojenie się moczowodu, którego otwór był szeroki i dozwalał na swobodny odpływ moczu.

Z dołączeniem opisanego, jest dotychczas w piśmiennictwie znanych 5 przypadków doszczętnego wycięcia uchyłka pęcherza z odcięciem i przeszczepieniem moczowodu. Są to przypadki Pagenstechera, Czernego, Jounga, Lerchego i ostatni mój. Pagenstecher szedł drogą resekcyi kości krzyżowej, Czerny przez cięcie nadłonowe, obaj zaś operowali dwuczasowo. Joung operował jednoczasowo i posługiwał się drogą zewnątrz i wewnątrzpęcherzową. Lerche obrał najidealniejszą drogę, operując zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i w ten sposób ja operowałem; różnica polegała tylko na sposobie sączkowania jamy po uchyłku; ja wyprowadziłem sączki i dren od góry, Lerche wyprowadził dren przez cięcie na kroczu. Przypadek mój i Jounga dotyczył prawej strony, pozostałe trzy — lewej.

Przypadek mój dowodzi, że operowanie z cięcia nadłonowego, zewnątrzotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo nadaje się nietylko do operowania uchyłków na przedniej i bocznej ścianie, lecz także i do operowania uchyłków na tylnej ścianie pęcherza, gdyż otwór komunikacyjny leżał nizko na tylnej ścianie, a sam uchyłek wypełniał po stronie prawej zatokę Douglasa.

Piśmiennictwo. 1) Aschoff, L. Path. Anat. Bd. 2. Jena 1909. 2) Brougersma, H. Ver. d. deutsch. Ges. f. Urol. 1914. 3). Bierhoff. Dermat. Ztbl. 3. Nr 8. 1900. 4) Blumenthal. In. Dissert. Göttingen. 1868. 5) Buerger, L. Journ. d' urol. 1913. 6) Casper, L. Lehrb. d. Urol. Berlin 1903. 7) Casper, Z. f. Urol. H. 5. 1912. 8) Cholzoff. Arch. f. kl. Chir. 94. 9) Czerny. Beitr. z kl. Chir. Bd. 19. 1896. 10) Englisch, J. Wiener Klinik. Nr 4. 1894. 11) Ehrhardt, O. D. m. W. 1910 Nr 49. 12) Englisch J. Arch. f. kl. Chir. 73. 13) Frisch und Zuckerkand. Handb. d. Urol. Wien. 1904. 14) Fischer, M. Z. f. Urol. Chir. III. H. 3. 15) Frank, E. Z. f. Urol. IV. H. 3. 16) v. Frisch, A. Verhandl. d. Ges. f. Urol. 1912. 17) v. Hoffmann, E. Z. f. Urol. Chir. I. H. 5. 18) Huldschiner. Centrtbl. f. d. K. d. Harn. und Sex. O. 1899. 19) Hofmokl. Arch. f. kl. Chir. 1894. 20) Koller, S. W. kl. W. 1904. Nr 6. 21) Kroiss. Deut. Z. f. Chir. 111. 22) Kollossow. Chirurgiczeski Arch. 1903. H. 3. 23) Langer, A. Prager Z. f. Heilk. 20. 1899. 24) Meyer, F. Centrl. f. d. K. d. Harn. und Sex. 16) 25) Nitsc, M. Lehrb. d. Kystoskopie. Wiesbaden. 1907. 26. Preindlsberger. Verh. d. d. Ges. f. Urol. 1914. 27) Perthes. Deut. Z. f. Chir. 100. 28) Pils. W. kl. W. 1891. 29) Pielicke. Allg. m. Zentralzeit. 1904. 30) Pagenstecher. Arch. f. kl. Chir. 74. H. 1. 31) Pousson, A. Bull. et. mém. de la soc. de Chir. p. 1103. 32) Rotschild, A. Lehrb. d. Urol. Leipzig. 1911. 33) Riedel. D. m. K. 1903. Nr. 44. 34) Shichitaro Sugimura. Virchow's Arch. 204. 1911. 35) Tenże. Virchow's Arch. Bd. 206. 1911. 36) Strauss, F. Verh. d. d. Ges. f. Urol. 1914. 37) Schwarz, C. Beitr. z kl. Chir. 15. 1896. 38) Strauss. Zentr. f. Chir.1 899. Nr 28. 39) Verhoogen, Allg. W. m. Zeitsch. 1900. Nr 1. 40) Wagner. Arch. f. kl. Chir. 76. 41) Wulff. M. m. W. 1904. Nr. 24. 42) Zaaijer. Beitr. z. kl. Chir. 75. H. 3. 43) Ziegler, E. Lehrb. d. path. Anat. Jena. 1898.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

Azocica, azotaemia.
nierozwit, brak wrodzony, aplasia.
niedorost, niedokształt, hypoplasia.
rozrost, hyperplasia.
przerost, hypertrophia.
układ podnietonośny, Reizleitungssystem.
układ przedsionkowokomorowy, Atrioventricularsystem.
cząstki składowe (chem.), Bausteine.
torbielkowatość kiszki, colitis cystica.
właściwy krwi, bluteigen.
wadliwość krwi, Blutentmischung.
pożywka krwawa (jak mocz, stolec krwawy), Blutnährboden.
agar krwawy, Blutagar.
rozwłóknienie, Auffaserung.
serce piwoszów, Bierherz. 6

Piśmiennictwo bieżące.

Györi. **Dalsze wyniki autoseroterapii w durze plamistym.** (Deut. m. W. 1918. 25). Zastosowawszy autoseroterapię w 41 przypadkach duru plamistego, z których tylko 3 (7·3%) zakończyło się niepomyślnie, utrzymuje G., że ten sposób leczenia nietylko zmniejsza znacznie śmiertelność, ale także wpływa bardzo korzystnie na przebieg choroby, zwłaszcza u ludzi starszych i wątlejszych. U chorych osłabionych zaleca się zastosować przed autoseroterapią digalen; środki przeciwgorączkowe są niepotrzebne. Leczenia surowicą nie potrzeba zaczynać przed ósmym dniem choroby; według G. jest nawet działanie surowicy mniej wybitne, jeżeli się zacznie leczenie wcześniej. Surowicę przygotowuje G. w następujący sposób: W ósmym dniu choroby na szczycie gorączki wydobywa z żyły łokciowej (ucisnąwszy żyły powyżej) 100 do 120 cm sz. krwi przez nakłucie, rozdzielając ją odrazu na mniejsze porcye do wyjałowionych flaszeczek Erlenmeyerowskich (bez dodawania karbolu). Flaszeczki zamyka się wyjałowioną watą. W dniach następnych wstrzykuje się do żyły łokciowej surowicę w ilościach wzrastających (5, 10, 15, 20 cm), za każdym razem z nowej flaszeczki, bo raz otwarta surowica może się łatwo zakazić. R.

Prof. Möllers i Dr G. Wolff. **Dotychczasowe doświadczenia co do szczepień ochronnych przeciw durowi plamistemu.** (Deut. m. W. 1918. 25). Jako szczepionki używali M. i W. krwi chorych, do której dodawali 0·2% formaliny, a potem ogrzewali do 60° C. Szczepionką taką szczepili 650 osób. Zachorowało 21, jednakże z tych 6 było szczepionych w okresie wylęgania się choroby, a 4 było tylko dwukrotnie, zamiast trzykrotnie szczepionych. U tych 10 osób wybuchła choroba wkrótce po szczepieniu. Z pozostałych 11, trzykrotnie szczepionych, wybuchła choroba u 6 przed upływem 3 miesięcy, u 5 w 3 do 8 miesięcy. Zmarła jedna. Chociaż więc szczepienie nie chroni od zakażenia bezwzględnie, jednakże, jak się zdaje, zmniejsza znacznie chorobowość i śmiertelność, a ponieważ nie jest niebezpieczniejsze od szczepień przeciw durowi brzusznemu i cholerze, przeto zasługuje na dalsze próby. R.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 10 kwietnia 1918

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 24.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. K. Mayer wygłosił wykład p. t.: **Rozpoznawanie gruźlicy płuc zapomocą promieni Röntgena.** (Wykład ogłoszony będzie drukiem). Sekretarz doroczny: Dr Michejda.

Posiedzenie kliniczne dnia 17 kwietnia 1918.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 24.

I. Wybrano członkiem jednogłośnie kol. Eugeniusza Artwińskiego.

II. Kol. Borowski przedstawił porównawczo 2 przypadki **odmrożenia.** Rozmaite warunki, wśród których zadziałała jedna i ta sama przyczyna, sprawiły inny przebieg zgorzeli stop u obu chorych i odmienny sposób postępowania. U jednego chorego powstała nekroza palca wskutek silnych bólów i gorączki zmu-

siła do wyłuszczenia tegoż palca i głębokich nacięć dookoła na granicy zdrowej skóry, a gdy nekroza dalej się posunęła, ta sama przyczyna — wysoka ciepłota i bóle, zmusiły do dokonania amputacyi stopy nad kostkami. Nie idąc za zbyt radykalnemi wskazówkami Manteuffla, udało się zachować przeszło trzy czwarte części goleni.

W drugim przypadku przedstawia kol. B. symetryczną nekrozę połówek obu stóp, a przeprowadziwszy różniczkowe rozpoznanie między chorobą Raynauda, cukrzycą, zgorzelą z zadziałań chemicznych, stwierdza, że na opisany obraz złożył się u tego chorego zespół cierpień: kiła, miażdżyca tętnic i odmrożenie. Przebieg w tym wypadku jest o tyle szczęśliwy, że zgorzel od tygodnia stanęła na miejscu, a bezgorączkowy i niebolesny przebieg pozwala na leczenie zachowawcze i wyczekiwanie demarkacyi. (Streszczenie własne.)

W dyskusyi zabrali głos kol.: Wojciechowski i Krzyształowicz.

III. Kol. Dr Mostowska przedstawia 3 przypadki:

1) Chory, który przed 3 laty doznał **przestrzału uda** powyżej kolana, wskutek czego wytworzyła się martwica obu kłykciów kości udowej. Wykonano zabieg, polegający na usunięciu wszystkich obumarłych części kości, przyczem okazało się, iż martwicy uległa także okostna. Pozostawiono ranę aż do zupełnego zagojenia, poczem postanowiono następowo wykonać przeszczepienie kości.

2) Chory z brakiem II. III. IV. palca ręki lewej oraz ostatniego członu palca I. Wykonano zabieg, polegający na usunięciu płata mięśniowokostnego z śródręcza celem **umożliwienia chwytu** między palcem V. a kikutem kciuka. Wynik zadowalniający.

3) Chory, cierpiący na zaparcie i wdęcie od 4 lat. Początkowo nic stanowczego rozpoznać nie było można. Leczono przypadek jako przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i wycięto wyrostek bez wyniku. Wreszcie ustalono zapomocą Röntgena u chorego **megacolon** Hirschprunga i wykonano **ileosigmoideostomię.** Wynik tego zabiegu narazie jeszcze niepewny. Pozostaje w razie wyniku ujemnego dokonanie resekcyi rozszerzonej pętli esowatej, który to zabieg jest najradykalniejszym i daje w tych przypadkach najlepsze wyniki. (Streszczenie własne.)

IV. Kol. Michejda przedstawia:

1) Chorego z **malum Rusti**, leczonego operacyjnie metodą Albeego, zmodyfikowaną odpowiednio do danego przypadku.

2) Dwóch chorych z bardzo rozległemi **zranieniami czaszki** (kość czołowa i częściowo ciemieniowa) bez żadnych objawów nerwowych. U jednego z nich pękniętą oponę twardą zaszyto z dobrym wynikiem.

3) Chorego z ostrem **zapaleniem wyrostka robaczkowego,** zapóźno operowanego. Przebieg pooperacyjny powikłany był wytworzeniem się przetoki kałowej, z powodu której w czasie późniejszym wybrano resekcyę jelita cienkiego na dużej przestrzeni z dobrym wynikiem.

W dyskusyi zabierał głos kol. doc. Radliński.

V. Kol. Hładij przedstawił:

1) Chorego, u którego z powodu **raka pętli esowatej** wykonał z powodzeniem **resekcyę całego jelita grubego.**

2) Chorego z **guzem powłok brzusznych,** zawierającym zmieniony zapalnie wyrostek robaczkowy, który przebiwszy otrzewną, wypadł do powłok. Prawdopodobnie chodziło o przepuklinę śródścienną.

3) Chorego z raną **postrzałową prącia** po operacyi plastycznej, polegającej na wytworzeniu nowego worka mosznowego i założeniu »boutonnière« u podstawy prącia.

4) Chorego z **resekcyą jelita z powodu gruźlicy.** (Przypadek ten będzie ogłoszony drukiem).

Sekretarz doroczny Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 24 kwietnia 1918.

(w klinice chorób wewnętrznych.)

Przewodniczący: kol. prezes prof. Krzyształowicz. Członków obecnych 17.

I. Kol. Prezes uczcił w krótkiem przemówieniu pamięć ś. p. Dr Antoniego Marsa, profesora położnictwa i ginekologii na Uniwersytecie lwowskim, byłego prezesa i członka honorowego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Przemówienia tego obecni wysłuchali stojąc.

II. Prof. Rosner przedstawia **jaje płodowe dwutygodniowej ciąży,** pochodzące z poronienia; w tym przypadku jaje wydzieliło się z macicy wraz z odlewem całej doczesnej. Jestto jedno z najmłodszych jaj płodowych, znanych w literaturze; jest tem rzadsze, iż pochodzi z poronienia, zazwyczaj krwotok, powstały przy poronieniu, niszczy jaje płodowe. Wszystkie dotychczas otrzymane wczesne jaja płodowe pochodzą ze zwłok. Prelegent omawia przy tem sposób implantacyi jaja w macicy i sposób jego odżywiania.

III. Kol. Borowiecki przedstawił:

1) Przypadek **syryngomyelii** o typie pachymeningitycznym. Chory l. 43, żonaty, rolnik, z rodziny nieobarczonej chorobami nerwowemi, nie nadużywał alkoholu, nie przechodził kiły ani innych ciężkich chorób, nie doznał urazu. W zimie r. 1917. zaczął cierpieć na bóle nóg i krzyża, wkrótce potem na bóle tułowia na wysokości serca, wreszcie bóle ramion i karku. Wkrótce po bólach wystąpiło osłabienie nóg, a wkrótce potem osłabienie prawej ręki. W chwili przyjęcia do kliniki w październiku r. 1917 skarżył się chory na niemożność chodzenia, dosyć rozległe bóle opasujące w okolicy górnej części tułowia i palenie po wewnętrznej stronie kończyny górnej. Badanie stwierdziło paraplegię spastyczną kończyn dolnych, niedowład kończyny górnej prawej, zajmujący głównie drobne mięśnie ręki, oraz zaburzenia czucia dolnej części ciała, sięgające na tułowiu na trzy palce powyżej sutków, oraz lżejsze nieco na prawej ręce i przedramieniu po wewnętrznej jego stronie.

Po wykluczeniu stwardnienia rozsianego ze względu na wybitne zaburzenia czucia, bóle korzonkowe, brak drżenia oczu, mowy skandowanej, drżenia zamiarowego, dalej po wykluczeniu zmian kiłowych (meningomyelitis luetica), ze względu na ujemny wynik odczynu Wassermanna z płynu mózgowordzeniowego i ze krwi oraz ujemny wynik energicznego leczenia przeciwkiłowego, pozostały do rozpatrzenia w pierwszej linii: syryngomyelia, guz rdzenia kręgowego i zmiany opon części szyjnej (pachymeningitis cervicalis hypertrophica). Syryngomyelia w swej klasycznej postaci ze zmianami w drobnych mięśniach rąk, dyssocyacyą czucia i bardzo powolnym rozwojem przedstawia się inaczej, również guz zewnątrzrdzeniowy mógł być pominięty (brak objawów Brown-Séquarda, brak asymetryi objawów), pozostało zatem wahanie pomiędzy guzem wewnątrzrdzeniowym, a zmianą opony twardej. Dość rozlany charakter bólów opasujących i bolesności kręgosłupa nakazywał ostrożność w kierunku rozpoznania guza wewnątrzrdzeniowego, z drugiej strony jednak analogia rozwoju tego przypadku z rozwojem guza wewnątrzrdzeniowego, w szczególności wstępujący rozwój objawów oraz możliwość ewentualnej pomocy operacyjnej nawet w razie istnienia guza wewnątrzrdzeniowego skłaniały do wykonania próbnej laminektomii. Operacya, wykonana przez kol. doc. Radlińskiego w części górnej grzbietowej i dolnej karkowej kręgosłupa, wykazała lekkie zmiany zapalne (zrośnięcie rdzenia i opon między sobą) oraz jamę rdzenia, wielkości orzecha laskowego o ścianach, wytworzonych z rdzenia. Śladów guza nie odnaleziono. Za sprawą zapalną przemawiał również wynik badania płynu mózgowordzeniowego, przedstawiający odczyn Nonne-Apelta dodatni, oraz lekką plecocytozę, (7 ciałek komórkowych w 1 mm^3). Przypadek ten zasługuje na bliższą uwagę z dwóch względów: 1) z punktu widzenia różniczkowej dyagnostyki pomiędzy guzem wewnątrzrdzeniowym, syryngomyelią i zmianani opony twardej (pachymeningitis cervicalis hypertrophica) 2) z punktu widzenia patogenezy syryngomyelii, stanowiąc przykład syryngomyelii pochodzenia zapalnego.

2) Przypadek **przestrzału obydwu płatów potylicznych** ze znacznymi obustronnymi ubytkami pola widzenia oraz agnozyą optyczną: Chory był 11. III. 1915 raniony kulą w głowę. Kula przeszła na wylot tylną część czaszki, poczem chory stracił na jakiś czas przytomność. Kiedy powrócił do przytomności, nie widział nic i myślał, że ma oczy wybite. Nawet światła nie dostrzegał. Powoli jednak zaczął widzieć i wzrok mu się poprawiał. Od lata 1917 r. stan ma nie ulegać zmianie. Obecnie chory skarży się na bóle i zawroty głowy, upośledzenie wzroku, trudność oryentacyi w mieście, w klinice. Zaburzenia najważniejsze chorego odnoszą się do sfery wzrokowej, przedewszystkiem wykazuje on obustronne ubytki pola widzenia, hemianopsyę lewostronną, głównie w odcinku dolnym. Dalej ocenia on odległość przedmiotów błędnie, sięga zazwyczaj za blizko, barwy niezawsze rozpoznaje, a zwłaszcza z pamięci podaje określenia barw wadliwie (n. p. niebo pogodne jest białe), z trudem pojmuje obrazki, powoli poznając szczegóły i z trudem układając je w jedną całość, niekiedy nie rozpoznaje przedmiotów na obrazku, jakkolwiek kształt i barwę ich podaje (n. p. sito nazywa obręczą). Wreszcie oryentuje się wadliwie, z trudem uprzytomnia sobie, którędy wszedł do pokoju i t. d. Zaburzeń afatycznych, alektycznych i agraficznych chory ten nie wykazuje

Przypadek ten da się zawrzeć w ramach projekcyi siatkówki na korze mózgowej według Henschena, która w doświadczeniach wojennych znalazła silne poparcie. Poparcia tego można dopatrywać się w tym przypadku w wypadnięciu większem, bo obustronnem i znaczniejszem dolnej połowy pola widzenia, co jest według materyału wojennego najczęstsze, oraz w przechodzeniu granicy pomiędzy utraconem a zachowanem polem widzenia przez plamkę żółtą, co odpowiada również ściślej reprezentacyi plamki w korze mózgowej, głoszonej przez teoryę Henschena. Poza tem chory ten przedstawia dość ciężki i charakterystyczny obraz zaburzeń optyczno-agnostycznych, czyli, mówiąc inaczej, ślepoty psychicznej lżejszego stopnia. Ślepota i ślepota psychiczna po uszkodzeniu płatów potylicznych jako ciężkie stany znane były już przed wojną. Po raz pierwszy opisane zostały u zwierząt, operowanych przez Munka. Doświadczenia wojenne przekonały nas, że ślepota psychiczna w swej ciężkiej postaci jak i ślepota są nadzwyczaj rzadkie i nie trwają długo, przedstawione wyżej zaburzenia optyczno-agnostyczne są natomiast dość częste i długotrwałe. Zarówno ślepota psychiczna, jak zaburzenia optyczno agnostyczne zdarzają się wbrew przekonaniu, panującemu prawie niepodzielnie dotychczas, iż zdarzają się one tylko przy obustronnem dotknięciu płatów potylicznych, zarówno przy uszkodzeniu jednego, jak i obu płatów potylicznych. Również hemianopsya nie ma być koniecznym warunkiem ślepoty psychicznej.

Dyskusya: Kol. doc. Radliński wykonał u pierwszego chorego laminektomię na wysokości VII. kręgu szyjnego i pierwszego piersiowego, przyczem stwierdził, że opona twarda jest gruba i silnie napięta, wypukla się do rany; po przecięciu jej okazało się, iż tuż za nią wewnątrz rdzenia, który tu posiada tylko cienkie blaszki, znajduje się jama wielkości orzecha laskowego, wypełniona krwawym płynem, wylewającym się po otwarciu jamy pod ciśnieniem. Poniżej i powyżej, o ile stwierdzić zdołano, rdzeń jest prawidłowy. Na zasadzie tego kol. Borowiecki wnosi, iż chodzi tu o ognisko zapalne rdzenia.

Nawiązując do drugiego przypadku, stwierdza R., że rany postrzałowe mózgu naogół goją się źle z powodu łatwo występującego ropienia, wywołującego objawy nawet po upływie szeregu tygodni i miesięcy. W listopadzie 1916 r. dokonał R. u jednego chorego, który kilka miesięcy przedtem był ranny, trepanacyi czaszki w celu wydobycia odłamka granatu, znajdującego się w płacie potylicznym. (Wlot przez jamę oczodołową ze zniszczeniem gałki ocznej). Odłamek ten, wielkości człona palca, znajdował się w jamie, wypełnionej ropą; pomimo to wygojenie poszło gładko. Operowany wysłany został jako względnie zdrowy z kompanią robotniczą na front. Obecnie po upływie przeszło roku dostał się znów na oddział chirurgiczny z powodu oderwania wybuchem bomby obu rąk. Ze strony mózgu żadnych zaburzeń nie miewał.

IV. Kol. Artwiński wygłosił wykład p. t.: **W sprawie nerwic urazowych.** Mimo rozbieżności poglądów teoretycznych w sprawie nerwic urazowych doświadczenie wojenne wyłoniło pewne poglądy, które przez różne szkoły mogą być uznane za wspólne. Dorobkiem takim jest: 1) pomyślniejsze, niż dotychczas przypuszczano, rokowanie; 2) zależność przebiegu nerwic urazowych od czynników czysto osobistych (pożądania, życzenia, lęki), nic wspólnego nie mających z urazem; 3) doniosły wpływ racyonalnego leczenia na przebieg nerwic urazowych. Jako konsekwencya praktyczna: jednorazowe szybkie odszkodowanie i leczenie neurotyków w specyalnych dla tego celu przeznaczonych lecznicach, które powinny powstać zarówno w interesie poszkodowanych, jak i społeczeństwa. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny: Dr Michejda.

Posiedzenie dnia 1 maja 1918.

Przewodniczący: Kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 35.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Nowotny wygłosił wykład p. t.: **O fizyologii migdałka.** (Wykład pojawi się drukiem w ramach monografii o migdałku).

Dyskusya: 1) Kol. prof. Klecki zaznacza, że zdanie, przytoczone przez prelegenta, jakoby leukocyty pochłaniały tylko martwe bakterye, nie zgadza się ze spostrzeżeniami wielu bardzo autorów (Miecznikowa i jego szkoły), dowodzącemi niezbicie, że i żywe bakterye mogą być przez leukocyty pochłonięte.

2) Kol. prof. Krzyształowicz stwierdza, że Miecznikow w badaniach swych nad fagocytozą poszedł stanowczo za daleko, wierdząc n. p., że i siwienie włosów polega na fagocytozie. Nie zmniejsza to jednak wcale zasług tego niepospolitego umysłu.

Prócz tego w dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. prof. Klecki i prelegent.

Sekretarz doroczny Dr Michejda.

Polski Zjazd w sprawie wyludnienia.

Zjazd w sprawie wyludnienia organizuje Polskie Towarzystwo walki z chorobami wenerycznemi i nierządem w Warszawie przy współudziale delegatów wszystkich instytucyi lekarskich, prawniczych i pedagogicznych w Warszawie; do udziału w organizacyi Zjazdu zostali zaproszeni przedstawiciele uniwersytetu krakowskiego, lwowskiego i warszawskiego. Organizatorowie Zjazdu starają się dla Zjazdu o protektorat Rządu polskiego resp. Ministerstwa zdrowia publicznego.

Zjazd ma się odbyć w Warszawie 1—3 listopada 1918.

Prace Zjazdu obejmą trzy główne działy: 1) Walka z chorobami wenerycznemi i nierządem. 2) Organizacya ochrony macierzyństwa, opieki nad dziećmi i zwalczanie sztucznego ograniczania przyrostu ludności. 3) Walka z klęskami nędzy i wojny.

Stosownie do tego utworzyły się trzy komisye, do których weszli: 1) Przewodniczący Dr A. Kozerski (delegat Stowarzyszenia lekarzy polskich), I zastępca prof. Łazowski (del. Stowarzyszenia nauczycielskiego), II zastępca i gospodarz Dr W. Wesołowski (z ramienia polsk. Tow. walki z chor. wener.), sekretarz Dr Krzywski (inspektorat W. p.) i Dr A. Racinowski, członkowie Dr Robert Bernhardt (szpital św. Łazarza), Dr J. Wiśniewski (szp. ewangelicki), p. Kołaczkowska (Chrześc. Ochrona kobiet), p. Idzikowska (Przystań dla kobiet i Wydział obyczajowy magistratu m. Warszawy), mec. Popowski (del. Koła prawników). — 2) Przewodniczący Dr Wł. Szenajch (del. Ministerstwa zdrowia i Tow. medycyny społecznej), zastępcy Dr Anders (prezes Tow. pedyatrycznego), mec. G. Cederbaum (del. Stow. prawników), sekretarze Dr R. Stankiewicz (del. szpitala dziecięcego im. Karola i Maryi) i inż. Sokal (przewodniczący Wydziału ochrony pracy w Ministerstwie), członkowie mec. Manteuffel, mec. Ettinger jun., Dr Budzińska-Tylicka, gospodarz Dr Rygier-Cękalski (del. Polsk. Tow. walki z chor. wener.). — 3) Przewodniczący prof. L. Krzywicki (prezes Polsk. Tow. statystyków i ekonomistów), zastępcy Dr A. Ciągliński (del. Sekcyi szpitalnej m. Warszawy) i Dr L. Karwacki (del. Sekcyi zdrowotności publ. m. Warszawy), sekretarze p. Librach, gospodarz Dr H. Nusbaum (del. Polsk. Tow. walki z chor. wen.), członkowie Dr Szmurło (del. Tow. przeciwgruźliczego), Dr S. Rudzki (przedstawiciel Ministerstwa zdrowia), prof. Dr K. Rzętkowski (Uniwersytet warszawski), mec. Kijeński (Stow. prawników).

Oprócz tego będą utworzone sekcya gospodarcza i prasowa.

Na przedstawicieli Zjazdu poza Warszawą zostali zaproszeni: prof. Dr Ciechanowski i prof. Dr Krzyształowicz w Krakowie, prof. Dr Łukasiewicz, prym. Dr Lenartowicz, prezydent Izby lek. Dr Papée i Dr Zofia Daszyńska-Golińska we Lwowie, Dr Chłapowski i Karwowski w Poznaniu, Dr Szuman i Steinborn w Toruniu.

W każdym z 3 działów Zjazdu będą się odbywać tylko posiedzenia plenarne. Jako tematy obrad ustalono:

W I dziale: Współczesny stan chorób wenerycznych i nierządu na ziemiach polskich. Współczesny stan szpitalnictwa i środków walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. Lekarskie, prawne i społeczne metody walki z chorobami wenerycznemi i nierządem.

W II dziale: Współczesny stan ochrony macierzyństwa i opieki nad dziećmi na ziemiach polskich. Śmiertelność wśród dzieci w Polsce i jej statystyka. Walka z ograniczeniem przyrostu ludności — lekarska, prawna i społeczna.

W III dziale: Współczesny stan odżywiania ludności na ziemiach polskich. Metody walki ze złem odżywianiem. Współczesny stan gruźlicy w Polsce i metody walki z gruźlicą. Stan chorób zakaźnych ostrych (dur plamisty, czerwonka i t. d.) i metody ich zwalczania.

Każdy temat przedstawią referenci z każdej z dzielnic. Referaty o zwalczaniu klęsk przedstawione będą przez lekarza, prawnika lub socyologa i pedagoga. Referaty będą zakończone wnioskami (dezyderatami). Streszczenia referatów muszą być na 6 tygodni przed Zjazdem przesłane Komitetowi Zjazdu, każdy mowca zaś musi swe wnioski wręczyć na posiedzeniu sekreta-

rzowi posiedzenia, by mogły być pomieszczone w Pamiętniku Zjazdu.

W sprawach ogólnych Zjazdu należy zwracać się na razie do redakcyi pisma p. t. »Zagadnienia rasy«, Warszawa, Jerozolimska 66, m. 2, w sprawach działu I do Dr Ad. Kozerskiego, Hortenzya 6, działu II do Dr Szenajcha, Krak. Przedmieście 54 lub Ministerstwo zdrowia publ. Marszałkowska 154, w sprawach działu III do Dr A. Ciąglińskiego, ul. Kopernika 11.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. VI. posiedzenie, na którem Dr Rogalski i Dr Rychliński przedstawili chorych, poczem Dr Rychliński miał wykład o ciąży zewnątrzmacicznej.

— Na wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego« złożył dar Dr T. Pisarski.

Warszawa. Nagrodę im. Dr Dobrzyckiego przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie Dr Teodorowi Heryngowi za pracę o stosowaniu terapii inhalacyjnej w zdrojowiskach.

— Polskie Towarzystwo walki z nierządem i chorobami wenerycznemi wydawać ma od lipca b. r., jako swój organ, nieperyodyczne pismo p. t. »Zagadnienia rasy z punktu widzenia zdrowia społecznego«. Redaktorami są Dr Leon Wernic, prezes Towarzystwa i Dr W. Wesołowski, wydawcą Dr J. Wiśniewski, do komitetu redakcyjnego należą z Warszawy minister Dr Chodźko, Dr Ciągliński, Kozerski, prof. Loth, Dr H. Nusbaum, Racinowski, Szenajch, prof. K. Stołyhwo, Dr Trenkner, z Krakowa prof. Ciechanowski i prof. Krzyształowicz, ze Lwowa prym. Lenartowicz, z Poznania Dr Karwowski, z Płocka Dr Maciesza, z Torunia Dr Steinborn, z Drohiczyna A. Wysłouch.

— Doc. Dr Władysław Janowski powrócił z Rosyi do Warszawy i objął swoje stanowisko w szpitalu Dz. Jezus.

Redakcya otrzymała: Wernic: Współczesne poglądy na pochodzenie, rozpoznawanie i leczenie róży. (Dodatek do Medyc. i Kron. lek. 1918). — Klęsk: Człowiek w kajdanach zmysłów. Tarnów 1918. Nakładem autora. Str. 56.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1918. Zesz. 6.

Zeszyt czerwcowy zawiera dwie rozprawy prof. Langsteina: 1) O kile wrodzonej. 2) O ochronie dzieci i niemowląt, oraz przegląd nowszych prac pedyatrycznych, zestawiony przez Dr Rhonheimera.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1918.

Gazeta lekarska Nr 21—23: J. Jaworski: Antoni Noga-Mars (wspomnienie pozgonne) (21). — Serkowski: Torbiel sarkosporidiowa (22). Dobrowolski (dok. 22). — Jonscher: O ponownem występowaniu zlepników we krwi (23—24). — Szymański: Rozszczepienie tętnicy głównej (23). — Popiel: Wiek pierworódek, a przebieg porodu (24).

Zdrowie Z. 5. (Maj): Polak: 1) W sprawie organizacyi państwowej zdrowia publicznego. 2) Przyczynek do statystyki śmiertelności w Warszawie. — Nr. 6. (Czerwiec): Dobrzyński: Szkic projektu reformy mieszkaniowej. — Adamski: Mieszkania suterenowe. — Bier: W sprawie utworzenia w Polsce ministerstwa zdrowia. — Polak: Odpowiedź na powyższe uwagi.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.